



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos.

Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social. Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en www.seg-social.es

1.- PRESTACIÓN SOLICITADA (señálese con una cruz X)

PRESTACIONES ECONÓMICAS	PRESTACIONES SANITARIAS
<input type="checkbox"/> Incapacidades derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Gastos de sepelio derivados de accidente sea o no escolar y enfermedad <input type="checkbox"/> Infortunio familiar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fallecimiento del cabeza de familia <input type="checkbox"/> Ruina o quiebra económica <input type="checkbox"/> Prórrogas 	<input type="checkbox"/> Derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Tuberculosis pulmonar y ósea <input type="checkbox"/> Tocología <input type="checkbox"/> Neuropsiquiatría: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Internamiento completo <input type="checkbox"/> (Internamiento) hospitalización de día <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Prórrogas <input type="checkbox"/> Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, riñón artificial, etc. <input type="checkbox"/> Cirugía maxilo-facial

2.- DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
DNI - NIE	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nombre del padre	Nombre de la madre	Fecha de nacimiento			
Nº de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario			¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
Domicilio: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad			
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico						

3.- DATOS ACADÉMICOS

Carrera o especialidad		Curso
Centro docente		Localidad

4.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO **PROGENITOR** **TUTOR** **CÓNYUGE**
GUARDADOR **CURADOR** **O FAMILIAR** (sólo en gastos de sepelio)

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
DNI - NIE		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
Domicilio: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad			

Apellidos y nombre:

DNI-NIE

②

5.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PERSONA JURÍDICA

NIF	Denominación								
Domicilio: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Nº. de Teléfono
Código postal	Localidad			Provincia					

6.- DOMICILIO DE COMUNICACIONESESTUDIANTE SOLICITANTE

Domicilio: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Nº. de Teléfono
Código postal	Localidad			Provincia					

Si desea recibir información por correo electrónico, indíquelo

Si desea recibir información por un SMS, indique su móvil

LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:

7.- PARTE DE ACCIDENTE ESCOLAR (cumplimentado por el centro de estudios)

D/D.ª:, con DNI:, que ostenta el cargo de: en el centro:, sito en la c/..... de, informa del accidente escolar sufrido por el estudiante de este centro, D/D.ª:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha	Hora	Lugar	<input type="checkbox"/> En el centro docente	<input type="checkbox"/> En lugar distinto (indíquese):
<input type="checkbox"/> Al ir o volver al centro				
Descripción del accidente y de la actividad escolar que realizaba, causas y circunstancias que lo motivaron:				
La actividad que estaba desarrollando, ¿está autorizada u organizada por el centro docente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
TESTIGOS DEL ACCIDENTE				
Nombre y apellidos		Domicilio		Teléfono
Nombre y apellidos		Domicilio		Teléfono
MÉDICO QUE EFECTÚA LA PRIMERA CURA Y/O CENTRO SANITARIO AL QUE HA SIDO TRASLADADO				
Nombre y apellidos del facultativo		Domicilio de la consulta		Teléfono
Denominación del centro		Domicilio del centro		Teléfono

....., a de de 20

Firma y sello,

Firmado:

Apellidos y nombre:

DNI-NIE

④

12.- COBRO DE LA PRESTACIÓN (a cumplimentar siempre que se trate de prestaciones económicas o prestaciones sanitarias facilitadas por centros NO autorizados)

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)										
BIC:										
Código IBAN (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC								
		ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA					
TITULAR DE LA CUENTA: ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>										
Primer apellido			Segundo apellido			Nombre			DNI-NIE	
Núm. de teléfono	Domicilio: (calle, plaza ...)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal		Localidad			Provincia					

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

- SÍ doy mi consentimiento**
 NO doy mi consentimiento

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

- SÍ doy mi consentimiento**
 NO doy mi consentimiento

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

....., a de de 20

Firma del solicitante